

APPEL À MANIFESTATION D'INTERÊT Médiation- Programme « Guyane Santé 2030 »

Projet de déploiement de **médiateurs en santé communautaire** *dans les zones du Sud Guyane et d'habitat spontané du littoral* visant à favoriser le recours effectif des populations à la prévention et aux soins

Date Limite de dépôt du dossier : 15/06/24 (12h00 heure de Guyane)

Toute candidature reçue après la date limite sera écartée.

Sommaire

| | |
|--|----|
| CONTEXTE..... | 3 |
| PROBLEMATIQUE | 4 |
| 1. OBJECTIFS DE L'APPEL A MANIFESTATION D'INTERÊT | 5 |
| 2. MODALITES D'ACTION ATTENDUES | 6 |
| 2.1 – Lignes directrices de l'appel à manifestation d'intérêt :..... | 6 |
| 2.2 - Objectifs opérationnels de l'appel à manifestation d'intérêt : | 6 |
| 2.3 - Méthodologie : | 7 |
| 3. FINANCEMENTS..... | 11 |
| 4. SELECTION DES LAUREATS..... | 12 |
| 5. CONSTITUTION DE LA CANDIDATURE..... | 13 |

CONTEXTE

Les communes de l'intérieur de la Guyane et les quartiers d'habitat spontané du littoral font face à des difficultés et enjeux spécifiques. Elles sont éloignées des grandes villes de Cayenne, Kourou et Saint Laurent-du-Maroni et donc, des hôpitaux, des professionnels de santé libéraux, des associations, institutions, collectivités.

Ces territoires peuplés d'environ 50 000 habitants pour la Guyane de l'intérieur, connaissent une croissance démographique soutenue. Ils accusent un grand retard de développement sur tous les plans, y compris en matière de santé. La vie quotidienne et les parcours de vie sont également bien différents : les commerces sont rares, l'alimentation qui provenait généralement de l'abatis-brulis familial est concurrencée par des épiceries de village commercialisant des aliments chers et de qualité souvent médiocre.

Les fleuves constituent des zones transfrontalières difficiles à contrôler et qui sont poreuses aux trafics illicites potentiellement dangereux pour la santé des populations locales. La population y est majoritairement amérindienne et bushinguée suivant les localités (Wayana sur le Haut-Maroni, Wayampi et Téko sur l'Oyapock, Djuka et Aluku sur le moyen Maroni, etc.) avec de grandes disparités démographiques / économiques et culturelles.

Les quartiers spontanés en Guyane se caractérisent généralement par des installations urbaines informelles et souvent précaires, qui se développent de manière non planifiée sur des terrains souvent non aménagés. La problématique de santé dans ces quartiers peut être diverses et variées. Certaines préoccupations courantes incluent l'accès limité aux services de santé, l'insalubrité des conditions de vie, la précarité économique, la possible propagation de maladies infectieuses en raison de la promiscuité et de l'absence d'infrastructures adéquates. Il est essentiel de mettre en place des initiatives visant à améliorer l'accès aux soins de santé, à sensibiliser la population aux bonnes pratiques de santé afin de réduire les inégalités en matière de santé

Ces zones se caractérisent ainsi par :

- **Un fort isolement** en matière de transports, télécommunications, commerces, administrations et une précarité très importante ;
- **Un éloignement culturel et linguistique par rapport aux « stéréotypes urbains » habituels ;**
- **Peu de personnes et d'institutions ressources sur place** (médecins libéraux, associations...) et un fort turn-over des professionnels de santé notamment ;
- **Une réticence à recourir au système de soins**, et notamment à se rendre spontanément dans les CDPS y compris lorsque le besoin de soins est avéré.

En matière d'accès aux soins et de santé pour les populations, ces spécificités peuvent avoir pour conséquence :

- **Un manque de sensibilisation des populations aux questions de santé publique et environnementale ;**

- **Un phénomène de renoncement aux soins** et de dégradation des états de santé /aggravation de certaines pathologies ;
- **Des retards de prise en charge importants** liés à des diagnostics tardifs ;
- **Une faible mobilisation de leurs droits par les personnes** en général, et de leur couverture sociale en particulier ;
- **Des situations de risques amplifiés** : exposition aux métaux lourds, addictions, IST, grossesses précoces, etc.

Le constat est donc que les actions de prévention et de promotion de la santé atteignent peu ces populations malgré les efforts entrepris et le développement de l'offre de soins dans les CDPS, les PASS ou par les associations. Même si celle-ci s'étoffe, elle reste insuffisamment activée par les populations au regard de leurs besoins spécifiques connus et identifiés.

PROBLEMATIQUE

C'est dans ce contexte que depuis 2019, l'ARS de Guyane finance plusieurs projets de développement et d'actions autour de la médiation en santé en Guyane, par exemple via le Plan d'accompagnement et de formation des médiateurs des territoires de l'intérieur PAFMTI ou des équipes mobiles de santé publique (EMSPEC)

En effet, au-delà du renforcement des actions menées pour augmenter l'offre de soins et de prévention, **le défaut d'efficacité du système de santé tient notamment à une « jonction opérationnelle » entre populations et offre de soins qui reste à améliorer.**

Parallèlement, dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé, du PRAPS, du Plan Cancer Outre-Mer (et notamment de l'objectif de réduction des délais de diagnostic et de renforcement des taux d'adhésion au dépistage), l'ARS de Guyane souhaite concrétiser davantage la stratégie « One Health » via la mobilisation de ressources endogènes en faveur des publics les plus éloignés des systèmes de prévention et de soins.

Le Projet régional de santé (PRS) de la Guyane vise la convergence à l'horizon 2030, de l'espérance de vie des habitants du territoire avec l'hexagone. L'ARS mobilise à cette fin le **plan opérationnel de santé publique « Guyane Santé 2030 »** en déclinaison de son PRS.

Dans ce contexte, la médiation en santé comportant une approche communautaire s'avère constituer un levier important de l'action publique de santé en Guyane. Le territoire de Guyane s'est ainsi montré précurseur dans ce domaine avec de multiples initiatives innovantes, notamment déployées lors de la gestion de la crise sanitaire COVID-19. Les dispositifs d'aller-vers, de médiation présents sur le territoire, ont dû être adaptés, pour répondre aux besoins des habitants. Au-delà de ces dispositifs, l'expérimentation de nouvelles formes de coopérations et d'interventions a également été développée pour éviter les renoncements aux soins. Ainsi, la Guyane est-elle le premier territoire où les PASS sont dotées de médiateurs en santé.

Consciente de la plus-value de la médiation en santé aux différentes étapes du parcours de santé d'un individu pour prévenir les ruptures de prise en charge, l'ARS Guyane a initié un travail collaboratif au niveau national (échanges de pratiques entre PASS, contribution au rapport IGAS portant sur ce sujet, plaidoyer) ainsi que stratégique au niveau régional.

Cet investissement doit être intensifié et diversifié dans ses modalités d'actions dans une approche de mise à l'échelle :

Le présent appel à manifestation d'intérêt vise à expérimenter le déploiement à plus grande échelle de personnels locaux (médiateurs formés ou médiateurs en cours de formation) dans l'objectif de mesurer la capacité d'impact d'un dispositif de médiation dédié sur l'effectivité du aux soins et à la prévention.

1. OBJECTIFS DE L'APPEL A MANIFESTATION D'INTERÊT

Cet appel à manifestation d'intérêt vise :

- D'une part, à **spécifier le profil et les compétences attendues des médiateurs en santé communautaire, nouvel acteur** à l'interface du soin/de la prévention et des populations, et à **construire un référentiel de formation de base pour permettre d'assumer cette fonction dans les territoires isolés avec une approche communautaire renforcée,**
- D'autre part, à **déployer le dispositif sur deux territoires isolés et spontanés pour évaluer sa faisabilité,** les freins éventuels à lever et les conditions de réussite du dispositif,
- Enfin, à mesurer l'impact de l'installation d'un pool de médiateurs en santé communautaire en Guyane d'ici à 2030.

En effet, si la Guyane s'est particulièrement intéressée aux dispositifs de médiation compte tenu du caractère multiculturel, multilinguistique et particulièrement précaire de sa population, elle est voisine de pays, en particulier le Brésil, qui ont déployé le dispositif de manière beaucoup plus systématique. En effet, ce sont l'équivalent « d'agents de santé communautaires » (définition de l'OMS) qui ont été déployés au Brésil. Ces agents ont la particularité de pouvoir pratiquer un certain nombre de gestes, actes qui dans notre réglementation nationale sont exclusivement réservés aux professionnels de santé.

Le présent appel à manifestation d'intérêt (AMI) a donc pour but d'évaluer la pertinence du déploiement à grande échelle de médiateurs en santé communautaire dont les prérogatives respecteraient les limites inhérentes au champ de compétences des professionnels de santé. Les résultats de l'expérimentation issue de l'AMI devront permettre de mesurer la plus-value de l'accompagnement des médiateurs en santé communautaire sur le comportement des populations isolées vis-à-vis de l'offre de soins et des messages de prévention (indicateurs qualitatifs, quantitatifs et médico-économiques).

Cet AMI a pour objectif de cibler les structures ou les acteurs en capacité de proposer des modalités de portage de l'expérimentation souhaitée les plus sécurisées et optimales au regard des critères établis cf. infra. Pour ce faire, il est indispensable que les candidats proposent un dispositif impliquant un co-portage et une gouvernance partagée avec l'Agence Régionale de Santé de Guyane.

2. MODALITES D’ACTION ATTENDUES

2.1 – Lignes directrices de l’appel à manifestation d’intérêt :

La démarche vise à structurer la santé de demain, au plus proche des habitants et en intégrant les nombreuses spécificités du territoire en matière d’isolement géographique (ex : CDPS isolés), de conditions de vie (ex : habitats spontanés) ou encore d’enjeux socio-culturels (ex : ZDUC).

Les lignes directrices de ces actions doivent s’appuyer notamment sur la Charte d’Ottawa pour la Promotion de la Santé et plus particulièrement, le renforcement de la santé communautaire, sur les propositions du Rapport sur les Suicides des jeunes Amérindiens en Guyane française des parlementaires A. Archimbaud et M-A. Chapdelaine de 2015 et doivent capitaliser les acquis importants du territoire en matière de médiation en santé (PAFMTI, DU Médiation Santé).

Ces médiateurs en santé communautaire, ont vocation à être formés et devront être capables d’intervenir à court, moyen et long terme aussi bien sur les thématiques d’autonomie, d’éducation à la santé, de prévention, de santé environnementale que sur l’offre de soins.

2.2 - Objectifs opérationnels de l’appel à manifestation d’intérêt :

Hypothèses sous-tendant l’appel à manifestation d’intérêt :

- La médiation constitue un levier d’accès aux soins et aux messages de prévention (médiateur identifié comme vecteur entre la prévention, le soin et certaines populations qui en sont trop éloignées pour pouvoir y adhérer spontanément) ;
- Mais les **initiatives en la matière restent trop éparses et sporadiques pour permettre d’évaluer réellement le potentiel impact structurel de la médiation en santé ;**
- Or, la différenciation culturelle doit être prise en compte dans chaque action initiée d’où la nécessité de déployer la médiation à grande échelle et de pousser plus loin la logique « d’aller-vers » en expérimentant une réelle **logique de « responsabilité populationnelle » et de « pré-détection » proactive des signaux faibles et des signaux forts ;**
- Il est nécessaire de tenir compte de l’état de la démographie médicale en Guyane et du besoin de vecteur que représente la médiation (« barrière culturelle ») pour conduire cette expérimentation d’une responsabilité populationnelle, exercée non pas à partir des médecins de proximité mais de médiateurs locaux en charge de l’accompagnement individuel et collectif de groupes de personnes, familles etc.

Objectifs opérationnels :

- Déploiement d’un **dispositif de « responsabilité populationnelle » à partir de médiateurs en santé communautaire issus des territoires ciblés pour l’expérimentation ;**

- **Mise en place d'un recrutement et d'un cursus local de formation :** accompagnement et formation des futurs médiateurs en santé communautaire à partir des ressources territoriales existantes en tenant compte d'un besoin de formation continue et non uniquement initiale pour pouvoir assurer une montée en charge plus rapide du dispositif à l'échelle du territoire.
- **Mise en place d'un parcours de suivi, d'évaluation et de capitalisation permettant de mesurer les impacts du dispositif**
- **S'agissant de mettre en place un « pool de médiateurs en santé communautaire », il sera nécessaire d'envisager des temps de régulation de pratique afin que ces médiateurs puissent prendre du recul entre « leur communauté et les problématiques soulevées ». Ces temps ressources doivent intégrer le process expérimental du dispositif proposé.**
- **Le dispositif doit permettre de capitaliser et d'identification de blocages éventuels dans le suivi populationnel expérimenté :** mesure du caractère éventuellement limitant de la réglementation (Code de la Santé Publique, réglementation nationales, européennes et internationales, etc.) sur les possibilités d'action du médiateur ; il s'agit d'expérimenter le déploiement de médiateurs en santé communautaire à grande échelle dans le respect de la réglementation inhérente aux professions de santé et de mesurer le cas échéant les évolutions réglementaires qui pourraient être nécessaires ;

2.3 - Méthodologie :

La méthodologie tient compte de la nécessité de mise en place d'un travail collaboratif autour de cette expérimentation et assure une cohérence avec les autres dispositifs de médiation sur le territoire

Le ou les porteurs devront également connaître le territoire, et accepter de travailler en lien direct avec les autorités coutumières, les élus et acteurs de santé du territoire.

Le ou les porteurs devront proposer un dispositif expérimental inscrit dans une logique multi partenariale afin d'assurer une cohérence et un ancrage territorial.

Périmètre de l'expérimentation :

- **Deux territoires de 2 000 habitants environ** chacun, caractérisés par un éloignement géographique, des caractéristiques socio-culturelles spécifiques, une forte précarité :
 - **1 territoire de Guyane de l'intérieur**
 - **1 territoire d'habitat spontané du littoral**

Modalités de candidature :

Cet appel à manifestation d'intérêt est pensé en deux volets (l'un « conditionnel », le deuxième opérationnel) :

- **Un 1^{er} volet théorique décrivant les modalités de formation des médiateurs en santé communautaire**

Le contexte des territoires isolés et des quartiers d'habitats spontanés nécessite que les personnes qui prendront ces fonctions de médiateurs soient des personnes qui vivent au sein de ces territoires et cela pour plusieurs motifs : la barrière de la langue, le capital de confiance dont les médiateurs doivent bénéficier a priori, la disponibilité qui doit être la leur

pour assurer des passages réguliers qui imposent de résider en proximité directe eu égard à l'éloignement géographique de des territoires de l'intérieur et des difficultés d'accès aux quartiers d'habitat spontané. Le pool de médiateurs à constituer dans le cadre de cette expérimentation a donc vocation à être choisi parmi les habitants de ces territoires pour les communes de l'intérieur ou a minima être issu des quartiers d'habitat spontané.

Le ou les promoteurs doivent être en mesure de concevoir un programme de formation dont le suivi devra être concomitant à la prise de poste.

Celui-ci devra être conçu de manière à pouvoir être suivi simultanément à la prise de poste. Une première séquence pré-prise de poste est requise, suivie de plusieurs autres séquences qui devront être délivrées à intervalles réguliers.

Le ou les promoteurs devront donc décrire dans ce volet de leur projet :

- Le nombre de séquences de formation (dont 1 impérativement en amont de la prise de poste) et leurs objectifs pédagogiques propres
- Le nombre total d'heures de formation continue délivrées aux habitants-médiateurs recrutés dans le cadre de l'expérimentation
- Le détail des thèmes de formation abordés : le promoteur devra ici opérer des choix et faire des priorités en fonction de sa compréhension des besoins populationnels prioritaires, l'exhaustivité n'étant pas la cible. Un grand nombre de thématiques sont identifiables : hygiène, nutrition, santé mentale, premiers secours d'urgence, IST, addictions, cancer (dépistages)... Il est attendu du promoteur qu'il argumente les priorités définies.
- Les ressources et outils pédagogiques mis en œuvre : éventuelles coopérations à mettre en place avec un organisme de formation pour assurer ces temps de formation. En outre, il ne s'agit pas ici de construire un parcours de formation de type universitaire, les séquences de formation doivent être construites dans un objectif d'opérationnalité autour de messages clairs et simples, accessibles et adéquates aux différents profils des médiateurs en devenir.
- Les missions dévolues à chaque médiateur au travers d'une fiche de poste cohérente avec les acquis ciblés par le programme de formation.

L'ARS procédera d'abord à l'examen des modalités prévues par les promoteurs dans ce 1^{er} volet et **fera de l'évaluation de la solidité de ce 1^{er} volet la condition d'examen du 2nd volet des projets présentés.**

- **Un 2^{ème} volet pratique décrivant les modalités de déroulement de l'expérimentation**

Pour l'élaboration de ce 2^{ème} volet, plusieurs prérequis doivent être respectés :

- Les médiateurs choisis doivent vivre au sein des bassins de population concernés par l'expérimentation comme précédemment indiqué,
- Les médiateurs choisis devront suivre par mesure de pragmatisme et de simplicité des foyers (ou « familles » au sens d'une domiciliation identique) afin d'optimiser leurs déplacements à domicile.

Le ou les promoteurs devront décrire dans ce 2^{ème} volet :

- Les deux bassins de vie proposés (2 000 hab. chacun environ, 1 en Guyane de l'intérieur, 1 en zone d'habitat spontané du littoral). Il est attendu du ou des promoteurs qu'ils argumentent leurs choix selon s'ils candidatent sur 1 territoire ou sur les 2
- Les modalités de recrutement des médiateurs en santé communautaire en indiquant les critères prioritairement appliqués pour effectuer le choix des candidats retenus au sein des bassins de population proposés
- Une proposition de cible (qui pourra être ajustée secondairement avec l'ARS avant le démarrage du projet) concernant le ratio médiateur santé communautaire /personnes suivies avec l'exigence qu'à l'échelle des deux bassins de population parties prenantes à l'expérimentation, 100% des personnes bénéficient du dispositif
- Les modalités de coordination des équipes de médiateurs en santé communautaire (éventuellement communes aux deux bassins de population si le ou les promoteurs choisissent de candidater sur les deux)
- Les modalités de mise en relation et de travail en collaboration entre les médiateurs et le centre délocalisé de prévention et de soins (CDPS), les associations et dispositifs médico-sociaux dans les territoires cibles, les médiateurs en santé communautaire ayant vocation comme indiqué précédemment à s'appuyer sur leur expertise à titre de conseil, orientation etc.
- Des premières modalités de déclinaison opérationnelle de la fiche de poste au travers de la fixation d'un nombre de visites cible/foyer sur la durée de l'expérimentation (hors besoins exprimés par les personnes suivies et situations nécessitant des passages itératifs) et d'un premier cadre d'entretien pour la réalisation de celles-ci.
- La méthodologie de recueil et d'analyse de données
- Dans le cas d'une réponse collective, les modalités de gouvernance et de répartition des missions entre les différents partenaires

La cible proposée en termes de ratio médiateur en santé communautaire /personnes suivies ne constitue pas un critère discriminant. Il fera l'objet d'une discussion avec l'ARS afin de l'arrêter de manière consensuelle avant le démarrage de l'expérimentation, en tenant compte des contraintes budgétaires et de l'ambition du projet.

Durée de l'expérimentation :

L'expérimentation pourra avoir lieu **sur un an**:

- **De septembre** – Novembre 2024 : sélection des médiateurs et mise en place opérationnelle du programme de formation
- **Décembre- Mars 2025** : effectivité opérationnelle, mise en place d'un programme d'actions précises, investissement concret sur les territoires cibles
- **Mars- Mai 2025** : rapport intermédiaire
- **Fin 2025** : bilan.

Avec une période d'expérimentation effective minimum de 8 mois.

Périmètre des missions à exercer par les médiateurs en santé communautaire (indications pour l'élaboration de la fiche de poste type des médiateurs) :

Etant entendu que l'expérimentation porte à ce stade sur la création d'une **fonction d'interface qui nécessite de tenir compte des décrets de compétences propres aux professionnels de santé**, les missions pouvant être exercées par les médiateurs en santé communautaire ont vocation à être strictement bornées par ces décrets et les dispositions du code de santé publique afférentes. **Les médiateurs en santé communautaire n'ont à**

aucun moment vocation à se substituer aux professionnels de santé dont ils n'ont ni les compétences ni l'expertise.

Ce rôle d'interface devra en permanence être rappelé afin d'éviter tout glissement de tâche et de responsabilité susceptible de contrevenir à la qualité et sécurité des soins dues à la population, et d'engendrer des pertes de chances pour les personnes suivies par les médiateurs.

- **Sensibilisation** du public et des professionnels de santé (CDPS, libéraux...) au rôle et missions d'un médiateur en santé communautaire afin d'éviter les confusions sur les rôles respectifs de chacun et de pouvoir favoriser la confiance
- **Information des personnes bénéficiaires** sur : leur accès aux droits, l'offre de soins disponible, les possibilités d'accompagnement existantes...
- **Accompagnement à domicile** : surveillance de la prise des traitements prescrits, conseil aux aidants, repérage des problématiques pouvant être posées au domicile...
- **Ecoute des besoins exprimés** par les personnes suivies
- **Repérage des « signaux faibles »** : fatigue, perte de poids, symptômes non expliqués, évolution de l'humeur et du comportement...
- **Orientation des personnes dans le système de soins** en fonction de leurs besoins : identification du bon interlocuteur, prise de RDV avec elles ou à leur place en fonction des besoins exprimés, appui au transport en tant que de besoin...
- **Réalisation ou co-animation d'actions de promotion de la santé / prévention** (sur des thèmes à prioriser par le promoteur en fonction de sa connaissance des territoires, de l'âge et de la situation des personnes suivies : IST, suicide, alimentation, hygiène, maladies vectorielles, eau potable, intoxication aux métaux lourds)
- **Entretien de relations régulières avec le tissu local, les CDPS, les PASS et autres CPS** (ainsi que les professionnels de santé libéraux, les associations) : eu égard à la charge de travail des partenaires mais également à la situation des personnes suivies par les médiateurs en santé communautaire (éloignement du soin, absence de médecin traitant), l'objectif pour les médiateurs en santé communautaire est de mettre en place un réel partenariat avec les autres professionnels afin de pouvoir :
 - Etre en contact régulier avec eux sans les solliciter de manière disproportionnée
 - Prendre conseil auprès d'eux pour éviter toute prise de risque en cas de doute (hors situations d'urgence qui imposent de recourir sans délai à la régulation des urgences vitales)
 - Pouvoir anticiper avec eux les situations dont l'évolution rend prévisible un recours au CDPS, PASS ou CPS à court/moyen terme (...).

3. FINANCEMENTS

Afin de soutenir les initiatives, l'ARS de Guyane mobilise sur la durée totale de l'expérimentation entre septembre 2024 et fin 2025 et pour les deux territoires expérimentateurs une enveloppe dédiée dans le cadre du Fonds d'intervention régional d'un montant maximum de 600 000€.

Les projets retenus feront l'objet d'une aide financière, correspondant à tout ou partie du montant de la subvention demandée dans le dossier de candidature. Le montant versé pour chaque projet sélectionné dépendra du contenu du projet et de son descriptif financier.

S'agissant du financement FIR, l'article R 1435-17 du Code de la Santé Publique dispose que : les sommes engagées par les agences régionales de santé au titre des missions mentionnées à l'article R.1435-16 sont versées aux professionnels, aux collectivités publiques ou aux organismes, quel que soit leur statut, chargés de leur mise en œuvre.

De façon générale, les produits, services et dispositifs conçus et mis en œuvre grâce à la subvention FIR de l'ARS ne peuvent engendrer de rente financière pour les acteurs de santé financés par l'ARS.

Les dossiers ne présentant pas le budget du projet, le montant de l'aide attendue et son affectation, se verront opposer un refus préalable.

L'aide financière sera formalisée à l'aide d'une convention entre l'ARS et le(s) bénéficiaire(s). Celle-ci précisera notamment qu'en cas de non utilisation de tout ou partie de la subvention, les montants seront à restituer.

Ces financements, non pérennes, sont une aide à la mise en œuvre. Ils ont vocation à participer au financement de :

- La rémunération des médiateurs, le temps de coordination
- La formation des médiateurs
- Les équipements de communication nécessaires à l'expérimentation
- La communication
- Le recueil, l'analyse des données
- L'évaluation du projet

Les modalités de versement des fonds seront communiquées aux porteurs concernés, après signature d'une convention Porteur – ARS. Un suivi régulier de l'avancement des projets sera prévu par l'ARS.

Dans ce cadre, il est attendu :

- La production régulière d'états d'avancement du projet selon des indicateurs préalablement définis,
- Une comitologie/gouvernance
- Un rapport d'impact intermédiaire à mi projet soit à la fin du premier semestre 2025,
- Un rapport de capitalisation final au terme du projet, à fin 2025.

Seront prévues des réunions de lancement, de suivi et de clôture du projet. Le porteur ou les porteurs devront prévoir ces livrables dans le calendrier relatif à son projet. Les documents seront à transmettre à l'ARS dont les modalités seront précisées dans la convention.

4. SELECTION DES LAUREATS

Attendus de l'ARS :

Une attention particulière sera portée aux projets collectifs impliquant plusieurs types de partenaires (institutionnel, associatif, recherche, terrain...)

- Capacité à proposer un dispositif prévoyant :
 - o Deux territoires d'expérimentations pertinents
 - o Les modalités de recrutement et de choix des profils des médiateurs en santé communautaire pour conduire l'expérimentation
 - o Une fiche de poste précise à partir du périmètre de missions précité
 - o La proposition d'un ratio médiateur en santé communautaire /nombre de personnes suivies argumenté
 - o La montée en compétences des médiateurs en santé communautaire selon la part de médiateurs formés / non formés étant entendu qu'il est probable que 100% des médiateurs soient non formés : ressources mobilisées pour assurer leur formation et orientations du plan de formation proposé (premiers secours, affections mentales, alimentation...)

- Capacité à mettre en place un dispositif de suivi et d'évaluation de l'expérimentation permettant de :
 - o Affiner le profil et la fiche de poste type d'un médiateur en santé en territoires isolés ou quartiers d'habitats spontanés
 - o Suivre précisément les actions menées auprès des bénéficiaires par type, nombre etc.
 - o Rendre compte de tous les facteurs limitant l'expérimentation, notamment ceux inhérents aux actes ne pouvant être réalisés par des non-professionnels de santé

- Capacité à prendre en compte l'intérêt général : le projet proposé devra aussi avoir pour effet d'entraîner chaque acteur à se mettre "au service" des enjeux du territoire et des besoins des publics, à s'engager dans un partenariat de co-construction opérationnelle.

Critères de sélection :

La sélection des lauréats aura lieu lors d'un comité de sélection. Les instructeurs tiendront compte, lors de l'examen des candidatures, des critères de qualité suivants :

- Clarté de la présentation du projet
- Pertinence du projet au regard de son impact sur le territoire
- Budget du projet proposé réaliste pour des résultats attendus sur la période de l'AMI
- Présence de partenariats techniques et éventuellement financiers déjà identifiés
- Expertise locale correspondant à une pratique et des qualifications attestées dans les domaines de la médiation, de l'animation territoriale et/ou de la santé communautaire

La liste des lauréats sera communiquée **au plus tard le 15/07/24**. Une convention annuelle de financement sera établie entre les lauréats et l'ARS précisant notamment les modalités de financement, de durée, de suivi, de pilotage de projet et de restitution de la démarche financée. Les projets financés dans ce cadre devront commencer dès signature de la convention de financement et au plus tard au 1er septembre 2024. Enfin, les lauréats s'engagent à associer étroitement l'ARS au suivi de leur projet.

Etant donné qu'il s'agit d'un appel à manifestation d'intérêt par procédure dite « Procédure négociée concurrentielle », cet avis a pour but de susciter l'intérêt des éventuels candidats à une sélection pour le portage du projet. Au vu des enjeux de l'AMI :

- Une **séance d'information sera organisée début mai par l'ARS à l'attention des porteurs potentiels,**
- Le **comité de sélection examinera fin juin-début juillet les projets reçus** sur la base des conditions d'éligibilité et critères énoncés ci-dessus.

5. CONSTITUTION DE LA CANDIDATURE

La date limite pour la réception des candidatures est fixée au **samedi 15/06 à 12h de Guyane.**

Les dossiers de candidature devront être déposés sur Ma Démarche Santé et contenir :

- Le projet décliné selon les deux volets attendus cf. p. 7 à 11 ;
- Le process de l'expérimentation, le calendrier, le programme de formation et le programme d'actions, en adéquation avec le cahier des charges précité
- Les CV des référents affectés au projet ;
- Le budget prévisionnel de l'expérimentation présenté de manière détaillée en déclinant précisément les différents postes de dépenses.

Les candidatures soumises de toute autre façon ne seront pas prises en considération.

Pour toute question ou demande de renseignements sur l'AMI, un courriel peut être envoyé à l'adresse suivante : ars-guyane-prevention@ars.sante.fr